



Ana Flávia Carneiro Góes Côrrea

ATIVIDADE FÍSICA E ALIMENTAÇÃO

Batfoll Flou  
2016

ATIVIDADE FÍSICA E ALIMENTAÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado, como requisito parcial para  
obtenção do título de especialista em  
Saúde da Família, à Universidade Aberta  
do Brasil.

Orientador: Milton Rogério Silva Santos

Brasília-DF  
2016

Atualmente, verifica-se um aumento no número de pacientes com diabetes e hipertensão. Muitos estudos têm analisado o estilo de vida desses pacientes, para tentar descobrir quais os fatores que têm cooperado com esse aumento significativo no número de diabéticos e hipertensos, especialmente no Brasil. A maioria desses estudos tem sido realizada em indivíduos de nível socioeconômico médio e alto. Esse estudo, portanto, tem como objetivo determinar a importância das atividades físicas e da alimentação saudáveis e controlada, aos pacientes com diabetes e hipertensão, abordando o fato de que o tratamento desses pacientes acaba sendo mais produtivo quando há mudança no estilo de vida desses doentes. Observa-se que, quando os indivíduos com diabetes e hipertensão são tratados apenas medicamente, sem mais qualidade de vida do que aqueles que não o são. Para chegar a essa conclusão, esse estudo utilizou-se de pesquisas bibliográficas, exploração, pesquisando a literatura nacional e internacional sobre o assunto e aplicação de questionários de prevalência e acompanhamento de pacientes diabéticos e hipertensos.

SUMÁRIO	
1. INTRODUÇÃO.....	5
1.1 OBJETIVOS.....	6
1.1.1 Objetivo geral.....	6
1.1.2 Objetivos específicos.....	6
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	7
2.1 Doenças Mielom.....	7
2.1.1 Etiologia.....	7
2.1.2 Diagnóstico.....	8
2.1.3 Tratamento.....	8
2.1.4 Prognóstico e Qualidade de Vida.....	10
2.1.5 Conclusão.....	11
2.2 Doenças e Síndromas.....	11
2.2.1 Síndrome de Cushing.....	12
2.2.2 Síndrome de Addison.....	12
2.2.3 Síndrome de Cushing.....	12
2.2.4 Síndrome de Addison.....	12
3. METODOLOGIA.....	16
3.1 Planejamento.....	16
3.2 Execução.....	16
3.3 Monitoramento.....	17
3.4 Avaliação.....	17
3.5 Conclusão.....	17
3.6 Referências.....	18
3.7 Resultados.....	18
3.8 Conclusão.....	18
CONCLUSÃO.....	19
REFERÊNCIAS.....	20

1. INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus é uma doença crônica que afeta cerca de 371 milhões de pessoas no mundo, com idade entre 20 e 70 anos, segundo o Atlas IDF Diabetes Atlas da Edição 2021, da International Diabetes Federation.

No Brasil são cerca de 13,4 milhões de pessoas, e o país ocupa a 4a. Posição entre os países de maior prevalência de diabetes (IBID, 2021).

Entretanto, devido dessa contingente não cessou sua evolução por não ter sido interrompida (SILVA, 2019).

A prevalência da diabetes mellitus na população tem aumentado, segundo Estivill et al. (2009) e se apresenta como uma epidemia que resulta do envelhecimento da população, sedentarismo, alimentação inadequada e aumento da obesidade, que estão favorece de expansão global da doença.

A hipertensão arterial é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão tomando uso de medicação anti-hipertensiva (CIBULKA, 2007).

Alguns autores como Santos (2020) e Nunes (2007) destacam que o maior de aumentar o número de pacientes com diabetes e hipertensão, é a falta de acompanhamento médico, alimentação inadequada e sedentarismo.

Principalmente com o aumento dessa índice no Brasil, isso refletiu na aparência como uma pesquisa de revisão geral da Diabetes mellitus com ênfase na importância da alimentação adequada e de atividade física para pacientes com diabetes e hipertensão.

Demonstrando que uma alimentação adequada e uma rotina com atividades físicas podem trazer um controle da doença e de hipertensão, beneficiando o paciente e dando a ele mais qualidade de vida.

1.1 Situação-problema

A alimentação adequada e as atividades físicas trazem benefícios ao tratamento de diabéticos e hipertensos ?

1.2 Justificativa

A pesquisa não poderia deixar de fazer uma avaliação das questões em torno do diabetes mellitus, especialmente as relacionadas que são encontradas por várias entidades no Brasil e no mundo. A adoção de uma metodologia de revisão se justifica pela importância de identificar e expor uma enfermidade causadora e agravada antes da realização de atividades físicas por pacientes com diabetes e hipertensão, pois ser levados à morte desses pacientes e a um tratamento mais adequado.

Segundo Cruzes (2012) O diabetes mellitus e a hipertensão afetam a incidência não só das doenças mas também nos países industrializados e o hipertensão descreve duas patologias menos prevalentes, aumento com a idade, sendo ainda mais comum devido ao hábito alimentar das pessoas e ao sedentarismo.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Demonstrar que uma alimentação saudável e atividades físicas são fatores que influenciam na melhoria e no tratamento das doenças com diabetes e hipertensão.

1.3.2 Objetivos específicos

- Pesquisar sobre diabetes e hipertensão;
- Demonstrar que a alimentação adequada e a atividade física auxiliam no tratamento de diabetes e hipertensão;
- Fazer uma comparação entre os estudos já realizados e respeito do assunto e os dados por eles coletados, junto aos pacientes com diabetes e hipertensão.

3.1 Diabetes Mellitus

3.1.1 Etiologia

O diabetes mellitus não é uma doença que tenha a mesma configuração em todos os pacientes. Trata-se de um distúrbio fisiológico que pode se apresentar de maneira diferente em muitos pacientes. Sua característica não é a duração da doença, considerando crônica, e a gravidade das consequências.

A etiologia do diabetes mellitus é a hiperglicemia, ou seja, concentração de glicose no sangue. A glicose fornece ao fígado e parte do tecido do diabetes, circula pelo organismo através do sangue, e o resto dessa produção é armazenado e controlado pelo tecido muscular pelo pâncreas.

Os rins, portanto, são responsáveis pela capacidade de reabsorção de glicose, ou seja, se não produz em níveis muito baixos ou porque o pâncreas não é suficiente. Se a produção não regula ou diminui a concentração de glicose no sangue a consequência é a hiperglicemia.

A hiperglicemia está presente em todos os tipos de diabetes e em longo prazo gera complicações locais e sistêmicas. Ao nível local, ocorre a hiperglicemia relacionada à circulação de células das membranas, tornando a produção circulatoria prejudicial.

O diabetes pode ser de dois tipos: tipo 1 e tipo 2. O tipo 1 é caracterizado pelo fato de que os diabetes tipo 1 têm destruição das células beta pancreáticas e no tipo 2 há uma resistência à ação da insulina e a sua secreção não está ainda bem estabelecida nos tecidos (GDCS, 2007).

O tipo 2 é caracterizado pelo fato de que os diabetes tipo 2 são mais comuns em pessoas que vivem no mundo ocidental e em pessoas com sobrepeso.

Os dados epidemiológicos mostram que o tipo 2 de diabetes tipo 1 de uma maneira semelhante e crescente desde tipo 1 no Brasil de uma maneira semelhante em que os sintomas são similares aos sintomas de tipo 2 de forma semelhante. Em pessoas com diagnóstico recente ou recente em tipo 2 de diabetes tipo 1, os sintomas são semelhantes aos sintomas de tipo 2 de diabetes tipo 1.

Os dados epidemiológicos mostram que o tipo 2 de diabetes tipo 1 é semelhante ao tipo 2 de diabetes tipo 1, com sintomas semelhantes aos sintomas de tipo 2 de diabetes tipo 1.





1  
tratamento desse tipo é inicialmente com exercícios e dietas, aplicando-se a medicação apenas quando os níveis de glicose se tornam elevados.

### 2.1.3 Epidemiologia

Estudo transversal pelo sistema de vigilância de Febre de Raiva e Periculis para Coqueluche Colúmbia dos Insensíveis por Injetáveis (Difusão) (OGTEI) foi realizado em 2008 nos capitis e no Distrito Federal e com base em parâmetros estatísticos, apresentou 10.360 indivíduos com idade maior que 18 anos e 27 cidades. (SCHMIDT ET AL, 2008).

A prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil aumentou 3,1 de 4,2% para a diabetes auto referida (C 90% IC 95% 3,1-5,0%) e 4,4% (C 95% 4,2-4,7) entre homens, e 4,5% (C 95% 3,7-5,3) entre mulheres, a prevalência entre as municípios variou de 2,7% em Patos (PE) a 4,2% em São Paulo (SP).

Estimamos que existem no Brasil 6.07.627 de casos diagnosticados de diabetes, 2.574.715 homens e 3.742.528 mulheres. Estimamos o total de 25.685.145 de casos diagnosticados de hipertensão, 10.528.569 homens e 15.156.576 mulheres. (BRASIL, 2010).

Segundo o COT (2013) o diabetes mellitus acomete cerca de 246 milhões de pessoas no mundo e é responsável por 3,8 milhões de mortes anualmente.

A diabetes na infância e na adolescência e COT apresentou em 2005 uma população de cerca de nove mil crianças e adolescentes apenas no Rio Grande do Sul, estimado que cerca de 70 mil novos casos foram diagnosticados a cada ano.

Os dados sobre a diabetes são úteis e essenciais desde antes e depois de cuidar realmente quanto com o aumento da expectativa de vida que pressões que aumente a quantidade de anos de expectativa, época em que as intervenções médicas na prevenção de diabetes. Os dados mostram as bases teóricas para tratamento de diabetes são mais os dados das bases normais para adultos e crianças e mais de cinco anos quando os pacientes são crianças. Além disso, grande parte da população ficou necessitando de intervenção de saúde e complicações de diabetes (PICO, SCHMIDT, 2008).



A fim de evitar o acúmulo de glicose no sangue e desestabilizar a resistência à insulina deve ocorrer a atividade, um aumento na secreção da insulina.

2.1.5 Tratamento

O tratamento da diabetes mellitus sempre vai ocorrer pelo controle da dieta, obtenção adequada à função do mesmo no caso de glicose em um paciente normal. Além da dieta, exercícios e educação em saúde são os elementos que. Exercícios e modificação da dieta são administrada em todas as casos de hiperglicemia ou no controle da insulina.

2.1.6 Diabetes e hipertensão

Segundo Cruzes (2012) a prevalência de hipertensão em indivíduos diabéticos é duas vezes maior que numa população de não-diabéticos. Essa prevalência é maior para o diabetes mellitus do tipo 2, provavelmente, devido para o tipo 1.

Defluzes (1985) demonstrou em seu estudo, algumas alterações na evolução e no aparecimento da hipertensão no diabetes são pertinentes:

— Diabetes mellitus do tipo 1 (insulino-dependente): O nível pressórico desses pacientes mantém-se normal até o desenvolvimento da proteinúria persistente (excreção urinária de albumina maior que 300 mg/dL/ano); se a nefropatia não se desenvolver, esses pacientes mantêm-se hipotensos. Uma vez instalada a nefropatia crônica, observam-se aumento da pressão arterial, num tipo de elevação similar à nefropatia crônica.

— Diabetes mellitus do tipo 2 (não-insulino-dependente): Estudos demonstram que, nesses pacientes, a elevação da pressão arterial ocorre de forma independente do aumento da massa corpórea(25, 26). Aproximadamente 25% dos portadores de diabetes mellitus do tipo 2 são hipertensos quando o diagnóstico de diabetes mellitus é feito. Muitas vezes a pressão arterial aumenta mais que a diabetes. A hipertensão, nesses pacientes, não se caracteriza necessariamente com a presença de nefropatia.

14

DeFonse (1999) destaca ainda em seu estudo que o único modo de controlar a hipertensão sem medicação com eficácia é a prática regular uma postura saudável, cuidado de sua alimentação e praticando atividades físicas regulares.

**2.2 A importância da atividade física no tratamento e prevenção de doenças como diabetes e hipertensão.**

A atividade física para muitos autores é definida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética voluntária com um gasto energético. Para Nelson (2010, p. 46) trata-se qualquer tipo de atividade esportiva ou recreativa, atividade de vida diária (AVD) e desporto, e atividade de lazer. Entretanto Nelson afirma que, apesar de não haver uma definição única, a atividade física pode ser representada por diversas definições, desde que possam citar atividade física na manutenção da saúde, atividade física de desempenho, atividade física recreativa e atividades físicas no trabalho. Constatando com os autores acima, qualquer movimento realizado, de alguma forma, estimula utilizando atividade física, lembrando que atividade física e exercício devem ser entendidos de formas diferentes. Nelson (2010, p. 46) define exercício como:

“Uma forma de atividade física planejada, estruturada, repetitiva, que visa à manutenção (ou a melhoria) da saúde física de indivíduos visando ao melhor desempenho. Os exercícios devem ser realizados de forma regular e sistemática”.

Ramos (1988, p. 10) concluiu que “a atividade física atuava de diferentes adaptações fisiológicas por ela estimulada torna-se uma grande aliada da saúde, prevenindo e até podendo fazer parte de tratamento de diversas doenças”. Sendo assim a atividade física vem sendo associada à qualidade de vida, saúde e bem estar de pessoas de todas as faixas etárias. Sendo praticada regularmente é uma das mais importantes e eficazes medidas na prevenção de diversas doenças crônicas.

Segundo o relatório de Sérgio Gomes sobre a Atividade Física e Saúde Foz (2000) destaca que se pessoas podem melhorar sua saúde e qualidade de vida

incluindo de forma moderada a atividade física em suas vidas diárias. O mesmo vale para a atividade física dos idosos que precisam ser incentivados para melhorar a saúde, mas que carregam outros benefícios na medida em que a atividade foi prodigamente aumentada.

A atividade física e o fator vital de condicionamento físico são considerados fatores de risco para a morbilidade prematura, tão importante quanto fumo, dislipidemia, diabetes e hipertensão arterial (PISAUD, 1993).

O exercício aeróbico eleva o nível de oxigenamento, aumentando o gasto calórico e melhorando o transporte e captação de oxigênio, sendo tanto os exercícios aeróbicos quanto os musculares promovem um aumento da capacidade basal conhecida como metabolismo de repouso, que é responsável por 60% a 70% do gasto energético total, contribuindo para a perda de peso, a diminuição do risco de desenvolver diabetes, hipertensão e outras doenças (PISAUD, 1993). Segundo Bazzoni (2003, p. 30):

... a prática de um estilo de vida tão sedentário juntamente com a prática regular de atividade física, resulta a possibilidade de desenvolver um tipo de síndrome metabólica, caracterizada por alterações degenerativas, como a obesidade, com aumento paralelo do risco para com relação à doença de risco para aumento cardíaco devido.

Conforme Bazzoni (2003) sugere-se inclusive, que a prática regular de atividade física pode ser um benefício de aumento das doenças crônicas degenerativas, e equivalente ao que a intervenção representa na melhoria do controle das doenças metabólicas.

2.3 A importância da alimentação para pacientes diabéticos e hipertensos

Os cuidados com a alimentação são o primeiro passo no tratamento e no controle da hipertensão e da diabetes mellitus de qualquer tipo.

O objetivo maior de uma alimentação saudável nesse caso é o de normalizar a atividade metabólica e manter os níveis de glicose no sangue a um patamar normal, que propicia o controle da doença, o aumento da longevidade e o desenvolvimento da complexidade metabólica principalmente. É muito importante a ingestão, sem peso hipoglicêmico e sem perturbar a vida e a atividade normal do paciente.

O tatarismo pode durar todo o curso da doença, mas ele não está sempre o mesmo - as alterações ocorrem em função de condições físicas e emocionais do paciente, do estado de vida e do tempo das pesquisas na área.

No caso de crianças e de adolescentes a questão do peso tem proporções maiores, levando-se em conta que há uma a tendência dos cães em comer características que a alimentação é administrada por uma pessoa, em geral a mãe.

O tatarismo alteram muitas constantes a alimentação e alterações no planejamento alimentar, a no entanto das vezes, muitas uma mudança drástica na programação dietética.

Exatamente a simplificação a geral as recomendações dietéticas são:

- São refeições por dia (de refeições maiores e refeições menores e intermediárias)
- Haverem e quantidades adequadas ao estado de vida do paciente
- Ausência de consumo de alimentos gordurosos, salgados, doces, carnes (magros)
- Não consumir bebidas alcoólicas
- Evitar alimentos ricos em gorduras saturadas e colesterol, tais com carne de porco, fígado, embutidos em geral, miocoma, pele de frango, batatinha, maciço, carne semimocha com gordura, leite e leite integral, manteiga, carne de bife, bife de costela, croquete e bife de bife.
- Abster-se de alimentos energéticos
- Evitar refeições distantes de refeições de glicose sanguínea, com níveis mais próximos do normal
- Diminuir os níveis de lipídios do sangue quando se constata elevação destes.

Quando o paciente é tratado dependendo do caso a medida a dieta deve ter considerações precisas com a quantidade de cálcio e carboidratos ingeridos em diferentes refeições. Esta redução irá possibilitar a controle de glicose sanguínea, além de permitir regular hemoglobina e glicose no sangue do doente.

O principal desafio é que o planejamento alimentar diário é sempre a longo prazo e, portanto, deve-se garantir a satisfação do paciente ao longo e ao mesmo tempo em geral. Para isso se preferem as alternativas do paciente sem que se considere.

Para se construir o planejamento de dieta é preciso levar em conta, assim, as necessidades calóricas, a distribuição de calorias, a lista de substituições, medidas e uso de alimentos alternativos, entre outros.

A elaboração do paciente em termos de contagem de calorias ou proteínas ou hidratos de carbono ou outros nutrientes deve ser feita de modo a

Será importante que o paciente entenda que precisa ter as ideias e técnicas dos alimentos, que sempre tem a lista de substituições e, no caso das crianças, a substituição que não seja completamente psicológica, para adaptação a condições normais de alimentação.

Para alguns pacientes em especial a lista de substituições pode ser um problema e em algumas situações a privação pode ser necessária de parte de uma intervenção.

O estudo em questão será de natureza quantitativa de abordagem descritiva, realizada através de estudo exploratório, onde a coleta de dados é realizada através de pesquisa experimental com pacientes com diabetes e hipertensão. Após a coleta de dados, será realizada uma análise das informações coletadas, compreendendo a apresentação em forma de tabelas, gráficos, demonstrando informações bibliográficas coletadas junto a outros estudos científicos já realizados sobre o mesmo. Inicialmente, será feito o estudo bibliográfico, sobre, Diabetes, Síndrome metabólica, hipertensão, síndrome do estresse metabólico, Lipídios, Glicídios, Síndromes metabólicas para essa pesquisa bibliográfica inclui as palavras-chave: Alterações Metabólicas, Síndrome Metabólica, Hipertensão. E serão descritas as coisas que não condizem com o assunto proposto. Posteriormente, os resultados obtidos junto aos pacientes com diabetes e hipertensão, serão comparados com os resultados já obtidos por outros estudos sobre o mesmo assunto e apresentados aos interessados de modo que se possa atingir o objetivo proposto.

3.1 Público-alvo

Este estudo tem como público-alvo, Pacientes diabéticos e hipertensos.

3.2 Descrição da pesquisa

Proposta de literatura nacional e internacional sobre a influência da alimentação e das atividades físicas em pacientes com diabetes e hipertensão.

Propostas junto a unidades de saúde e pacientes diabéticos e hipertensos, sobre os benefícios da alimentação adequada e da atividade física no tratamento.

Fazer uma análise das informações coletadas na literatura e compará-las com os dados e informações levantadas junto aos pacientes diabéticos e hipertensos.



3.3 Pacientes Específicos

A pesquisa bibliográfica foi entre os profissionais de saúde das unidades pesquisadas, visando coletar as informações que possuem contato direto com pacientes diabéticos e hipertensos.

3.4 Recursos Necessários

- Para realização desse estudo serão necessários:
- Recursos Humanos, para obter dados em bases de dados de qualidade, tanto nacionais como internacionais e para executar as atividades de pesquisa junto aos pacientes estudados;
  - Recursos Materiais, para coleta das informações necessárias para conclusão desse estudo;
  - Materiais de consumo e equipamentos;
  - Serviços de Transporte.

3.5 Orçamento

Item	Quantia (R\$)
MATERIAL DE CONSULTA	R\$ 100,00
MATERIAL DE CONSULTA	R\$ 100,00
MATERIAL DE CONSULTA	R\$ 100,00
Consultas em bases de dados para	R\$ 100,00
MATERIAL DE CONSULTA	R\$ 100,00
Transporte	R\$ 100,00
MATERIAL DE CONSULTA E	R\$ 100,00
Consultas	R\$ 100,00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 600,00</b>

\*R\$ 600,00 é o valor médio estimado para o estudo

### 3.6 Cronograma de execução

[illegible]

### 2.7 Resultados esperados

Espera-se com esse estudo demonstrar que a atividade física e a alimentação adequada auxiliam significativamente no tratamento de pacientes com diabetes e hipertensão.

### 3.8 Avaliação

A forma de avaliação se deu através dos dados coletados junto aos pacientes, e através da análise das informações obtidas através da pesquisa bibliográfica e da pesquisa exploratória.

CONCLUSÃO

Além do entusiasmo teórico ditado por meio de pesquisa bibliográfica, a maior e principal dúvida desta etapa – foi o trabalho realizado em campo, através das práticas diárias desenvolvidas no POF, onde cada paciente foi acompanhado, de forma integral e autônoma de modo a proporcionar uma mudança significativa em sua qualidade de vida com consequente redução da RSC, através preventivos e crises de glaucoma de ângulo fechado.

Porque mudança no estilo de vida é algo que não se trata apenas de tratamento farmacológico benéfico a pacientes, tanto na aspecto emocional como em práticas diárias, tais como: alimentação, equidade, compartilhado de atividades físicas, atingindo assim uma redução do caráter biopsicossocial do paciente.

A educação em saúde é uma proposta ainda pouco explorada, mas extremamente essencial para ajudar o paciente a sua saúde e lidar com aspectos individuais e sociais de diabetes e hipertensão, as quais podem gerar condições patologizantes assintomáticas.

Finalmente, é imprescindível ressaltar a atuação profissional que atuaremos, no desenvolvimento do papel de educadora em saúde de saúde, através da educação dos nossos pacientes em relação aos benefícios das mudanças propostas.

Gostaria de deixar registrado o meu sincero agradecimento em ter sido selecionada para participar de tão importante projeto social.

REFERÊNCIAS

BLOCH, F. V. 1988. Fatores de risco cardiovascular e para o diabetes mellitus. In: **O Mito do Açúcar e as Doenças do Metabolismo. Epidemiologia das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis** (J. Lemos, org.), pp. 43-72. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRACCIO.

BRACALANI, M. Instituto de Saúde. VIGTEL. Brasil 2005. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Estimativas sobre prevalência e distribuição socioeconômica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas em 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://pgepi.fsp.usp.br/images/stories/brasil2005.pdf>. Acesso em 04 mai 2014.

CONSELHO. Associação do Diabetes mellitus tipo 2 no estado e no município. **Atendimento e Dados**, volume 1, nº2, junho 2004.

CRUZ, J. M. e cols. **A hipertensão no diabetes**. Hipertensão, vol. 5, N. 281 e 4. Outubro/Dezembro de 1998.

DEFENDENDO. DA. Fatores de risco: **Insulite** *metabólica* - a malfeitoria silenciosa responsável por MZDM, diabetes, hipertensão, aterosclerose, euf. atherosclerosis cardiovascular disease. Diabetes Care 1991;14:173-84.

DELAZONHIELLA. **Obesidade infantil**. Entrevista com o Dr. David Vilares, ped. Na site [www.vilares.com.br](http://www.vilares.com.br). 01.03.2009 em: <http://www.vilares.com.br/obesidade-infantil>.

FOLHA. Maria L. A. **NETO** VILA. Sobre o: **Risco fisiológico do exercício e do esporte**. A. e. L. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

GOLZ, A. V. SERA, M. B. B. L. **DIABETES**. 2011. O Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social. **Revista Paulista de Pediatría**, 33(2007-2008) 250-258.

HALL, J. P. e cols. **Praticando as Fontes de Proteínas**. **Meio**. 1975. São Paulo: Editora. Elsevier, 2011.

MARCELINO. **Obesidade Infantil**: CARVALHO, Maria Zolva de Barros. Associação Brasileira de crianças e adolescentes: associação de doadores em grupo. **Pediatr. Bras.**, 2009, 14(1), p. 2. Junho 2009. Disponível em: <http://www.abcc.org.br/revista/pediatrica/obesidade/14(1)/277722009000001381/pt-br/abstract>.

MELI, Maria L. e cols. **Diagnóstico da Obesidade Infantil**. Artigo publicado na **Atualização Brasileira para o Estado de São Paulo e o Estado de Mato Grosso do Sul**, 2011. Disponível em: <http://www.abcc.org.br/revista/pediatrica/obesidade/14(1)/277722009000001381/pt-br/abstract>.

MONTES, M. **Obesidade Infantil**: saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3 ed. Londrina: Editora Medquap, 2003.

